

# Anamnesebogen Dr. med. Carina Siebenwirth



Selbverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie unbedingt ALLE Fragen sorgfältig und ausführlich. Somit werden wichtige Informationen, die dem Behandlungserfolg dienen, nicht übersehen.

## Daten zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_

Telefonnummer beruflich: \_\_\_\_\_

Telefonnummer mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Daten zur Person

Krankenversicherung:

Privat versichert ?	Beihilfeanspruch:	Ja	Nein
Gesetzlich versichert ?	Zusatzversicherung für Naturheilverfahren:	Ja	Nein

Welche Hauptbeschwerden haben Sie?

Seit wann?

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre  
Beschwerden bereits durchgeführt?

Mit welchem Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner  
Behandlung?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie  
zusätzlich?

Seit wann?

Welche Medikamente werden Ihnen  
regelmäßig verordnet?

Bitte genaue Angaben:

Welche Nahrungsergänzungspräparate nehmen Sie ein? Bitte genaue Angaben:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in chronologischer Reihenfolge mit Datumsangabe:

Haben Sie jemals eine Halswirbelsäulenverletzung (z. B. Schleudertrauma) erlitten? Wenn ja, wann?

Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt?

Gab es Impfreaktionen?

Hatten Sie Pfeiffer'sches Drüsenfieber/ Gürtelrose/ Hepatitis/ Borreliose?

Wann und warum haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen?

Haben Sie bisher Immunsuppressiva  
z. B. Cortison, eingenommen?

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?  
Wenn ja, wie viele?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Geben Sie bitte Ihre Größe und Gewicht an:

## **Erkrankungen in der Familie**

z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Rheuma  
psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen... ggf. Todesursache (mit Altersangaben).

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Großmutter Mutter:

Großvater Mutter:

Großmutter Vater:

Großvater Vater:

Gibt es Todesfälle, die Ihr  
Leben stark beeinflußt haben?

## Ihr Allgemeinzustand

Wie hoch ist Ihre Lebensenergie? Antworten Sie spontan und benutzen Sie die Prozentregel

1% Minimum  
100% Maximum

Wie ist Ihre körperliche Leistungsfähigkeit?

Wie ist Ihre geistige Leistungsfähigkeit?

Wer oder was nimmt Ihnen  
wieviel Prozent Ihrer Lebensenergie?

## Zusätzliche Fragen

Bitte  kreisen Sie die zutreffenden Angaben ein!

Leiden Sie unter Allergien?      Pollen    Gräser    Getreide    Tierharre    Kreuzallergien gegen Nahrungsmittel

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?      Laktose    Fruktose/Sorbit    Histamin    Gluten    Andere

Wie ernähren Sie sich?    Mischkost    vegetarisch    vegan    wenig Ost/Gemüse    tgl. mehrmals Obst/Gemüse

Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag?

Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie?

Wie viele Stunden pro Woche treiben  
Sie Sport? Wie viele davon Krafttraining,  
wie viele Ausdauersport?

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich in der Natur?

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Haben Sie eine(n) Lebenspartner(in)?

Sind Sie in Ihrer Beziehung glücklich?

Hatten Sie Fehlgeburten?

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

Was wünschen Sie sich für Ihr Leben?  
Welche Ziele wollen Sie noch erreichen?

### **Hinweis:**

Wenn Sie uns den Anamnesebogen im Vorfeld zusenden (per Post, Fax oder E-Mail), kann ich mir schon einen Überblick verschaffen und es bleibt mehr Zeit für das Erstgespräch.

Wichtig: Bitte bringen Sie sämtliche behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, fachärztl. Befunde, Tumorpass etc.) zur Erstuntersuchung mit!

## Datenschutz – Hinweis:



Wenn Sie uns per Anamneseformular Ihre Angaben zukommen lassen, werden diese inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zwecks Bearbeitung Ihrer Anfrage und für den Fall Ihrer Behandlung bei uns gespeichert. Diese Angaben sind **rein freiwillig** und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Sie werden ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. Mit dem Übermitteln des Formulars geben Sie dazu Ihr Einverständnis, welches Sie jederzeit und für die Zukunft widerrufen können.

.....  
( Datum & Unterschrift Patient )

Dr. med. Carina Siebenwirth & Team

**Heil Kunst Praxis**

**Dr. med. Carina Siebenwirth**

**Paul-Schreiber-Straße 27**

**39118 Magdeburg**

**Deutschland**

Telefon +49 391 99055944

Fax +49 391 99979510

Email: [info@carina-siebenwirth.de](mailto:info@carina-siebenwirth.de)